

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 16 Juillet 1901, à 1 heure

Par RAYMOND DRAMARD

Né à Ruan (Loiret), le 19 Mai 1876,

De l'Hystérectomie
dans l'infection puerpérale
aiguë

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

RICHELOT et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 16 Juillet 1901, à 1 heure

Par RAYMOND DRAMARD

Né à Ruan (Loiret), le 19 Mai 1876.

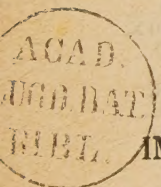
De l'Hystérectomie
dans l'infection puerpérale
aiguë

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

RICHELOT et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	FARABEUF.
Physique médicale.....	CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BLANCHARD.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	BRISAUD.
Histologie.....	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie et matière médicale.....	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique.....	BERGER.
Hygiène.....	POUCHET.
Médecine légale.....	LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BROUARDEL.
	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LEDENTU.
	TILLIAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	RÉMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Au moment où la Société de chirurgie discutait sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale et sur les procédés à employer, nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. le docteur A. Guinard, à la Maison municipale de santé, un cas d'infection puerpérale considéré comme désespéré par tous, guérir après une simple colpotomie postérieure.

Tandis que l'on mettait au jour les statistiques d'hystérectomie si désespérantes, la guérison de ce cas très grave et de beaucoup d'autres que nous avons recherchés, par les moyens ordinaires employés jusqu'alors, nous a amené à penser qu'en de semblables circonstances une grande prudence chirurgicale s'imposait.

Dans le cas particulier cité plus haut nous avons vu agiter la question de l'hystérectomie abdominale ou vaginale, et après la guérison nous nous sommes demandé ce qu'il serait arrivé si l'on était intervenu. De deux choses l'une : ou bien la malade aurait succombé

et l'on n'aurait pas manqué de dire, de très bonne foi, qu'elle avait été opérée trop tard ; ou bien elle aurait guéri et l'on aurait, de très bonne foi aussi, attribué la guérison à l'opération.

Cette guérison inespérée nous a donné l'idée de ce travail. Nous nous sommes demandé si, en présence d'un cas sérieux de fièvre puerpérale, une opération aussi dangereuse que l'hystérectomie, soit abdominale, soit vaginale, devait détrôner la thérapeutique plus timide en usage jusqu'alors. Nous avons donc tenté de réunir les observations publiées en y joignant notre observation inédite due à l'obligeance de M. le docteur Guinard.

Dans un premier chapitre nous résumerons les signes classiques de l'infection puerpérale et nous rechercherons si parmi ces signes il en est un ou plusieurs réunis pouvant permettre de porter un pronostic fatal à brève échéance et pouvant imposer une intervention. La régression imparfaite de l'utérus, le pouls, la température, l'état général, l'examen du sang fourniront-ils des indications nettes et formelles au chirurgien ?

Dans un second chapitre nous examinerons les statistiques d'hystérectomies publiées à la Société de chirurgie et dans les différentes thèses, et nous montrerons combien elles sont peu favorables à l'intervention chirurgicale et combien la mortalité opératoire est élevée.

Le troisième chapitre nous montrera au contraire avec les statistiques de Pinard et Wallich, de Gheor-

ghiu, de Ricard, et l'observation communiquée par notre maître, M. Guinard, un pourcentage de guérison très remarquable, sans intervention ou avec une intervention innocente.

Et enfin nous serons ainsi amené à formuler les conclusions qui nous paraissent devoir découler de ce travail.

Mais avant d'aller plus loin nous ne saurions manquer à l'usage très respectable qui permet de suivre l'auteur dans le cours de sa scolarité. Nous nous faisons donc un plaisir et un devoir de remercier ici tous les maîtres des hôpitaux qui nous ont enseigné et aidé.

Nous conserverons toujours un excellent souvenir des dix-huit mois passés dans le service si animé de M. le professeur agrégé Peyrot, à Lariboisière. C'est là que nous avons fait nos premiers pas dans les études médicales et que nous avons appris ce que nous pouvons savoir en chirurgie. De plus, c'est dans ce service que nous avons eu le plaisir de connaître et d'apprécier, alors qu'il était assistant de M. Peyrot, M. le docteur Guinard, chirurgien des hôpitaux, qui depuis, fut pour nous plus qu'un maître. M. Guinard nous enseigna avec patience la chirurgie et dans la suite de nos études nous conserva toujours son appui bienveillant. C'est lui enfin qui nous inspira l'idée de ce travail et nous fournit l'observation inédite qui sera rapportée plus loin. Nous remercions ici M. Guinard de tout ce qu'il a bien voulu faire pour nous et espérons qu'il nous continuera ses bons conseils.

M. le professeur Cornil fut notre premier maître en médecine ; notre reconnaissance lui est acquise. Les conférences d'anatomie pathologique à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu resteront dans notre mémoire.

M. le docteur Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, a bien voulu nous recevoir dans sa Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe et nous enseigner l'art si délicat des accouchements ; qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère gratitude.

Pendant le temps trop court que nous avons passé à l'hôpital d'Orléans nous avons été attaché au service de MM. Pilate, Beaurieux, Dufour ; nous les prions de croire à notre profonde reconnaissance.

M. le docteur Tissier, accoucheur des hôpitaux, assistant de M. Bar à l'hôpital Saint-Antoine, a bien voulu nous fournir quelques documents et observations pour le présent travail ; nous lui adressons nos bien sincères remerciements.

Nous reconnaissons le grand honneur que nous fait M. le professeur Berger en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Avant de commencer ce chapitre nous tenons à dire qu'il ne s'agit ici que d'infection puerpérale aiguë s'accompagnant d'accidents généraux graves ; il ne saurait en aucune façon être question de localisations tardives de l'infection puerpérale : salpingites puerpérales, ovariites, suppurations pelviennes ou du ligament large. M. Tuffier a parfaitement mis la chose au point en disant : « Pour bien nous entendre sur les faits il faut d'abord nous entendre sur les mots. Le nom générique d'infection puerpérale doit disparaître et nous discutons ici sur l'ablation de l'utérus dans la métrite aiguë avec accidents toxi-infectieux, métrite *post partum* ou *post abortum*. »

Le groupe d'infections puerpérales qui nous intéresse est celui qui s'accompagne d'accidents en général précoces succédant de près à l'accouchement ou à l'avortement, les accidents locaux étant nuls, du moins en apparence.

Enlever l'utérus dans certains cas graves de fièvre

puerpérale semble tout aussi logique qu'amputer un membre foyer d'infection.

Malgré les soins prodigués à la malade atteinte, la température restant élevée, le pouls fréquent, le chirurgien craignant que les germes ne franchissent le parenchyme utérin, première barrière à la diffusion, pense en enlevant l'utérus « tarir à sa source même l'infection » comme l'a dit Quénu. En effet le foyer est étendu, il est profond, il a peut-être pénétré la fibre musculaire et par suite n'est plus accessible aux antiseptiques injectés dans la cavité utérine. L'ablation de l'utérus est donc, en apparence, très légitime.

Holmes, professeur au Collège médico-chirurgical de Chicago, écrit en 1895 dans *Journal of American Medical Association* (t. II, p. 901) in thèse de Bonamy, Paris 1899 (1) : « Les causes de l'infection puerpérale sont les mêmes que celles des autres maladies compliquant les plaies et elles doivent être traitées selon les mêmes principes. Si le curettage et les irrigations ne suffisent pas, si l'infection a dépassé l'endothélium et et le tissu conjonctif sous muqueux de l'utérus l'ablation des annexes et de l'utérus doit avoir lieu dans ce cas. »

De même Zipperlen, dans sa thèse de Tubingen, 1899, inspirée par le professeur Döderlein, dit : « La curette peut enlever les souillures superficielles, mais ne peut suivre les voies sinueuses de l'infection ; le couteau est

(1) Bonamy. — *De l'hystérectomie puerpérale aiguë*, th. Paris, 1899.

préférable puisqu'il peut enlever l'utérus, centre de développement des germes. »

M. Tuffier qui a longuement étudié la question, est interventionniste pour deux ordres de raisons :

1^o Des raisons tirées de l'anatomie pathologique ;

2^o Des raisons cliniques.

Le parenchyme utérin infecté est pour lui la *cause* et la *seule cause* des accidents toxi-infectieux qui menacent les accouchées. Il cite à l'appui des observations diverses.

Cràgin présente à la Société gynécologique de New-York deux utérus enlevés pour infection puerpérale ; l'un d'eux était parsemé d'abcès. (*Amer. gynec. Journal*, mars 1896.)

Davis (*Amer. Journ. of obstetrics*, 1895, XXXI, p. 155), extirpe un utérus dans le parenchyme duquel existaient des abcès multiples.

Beaussenat (*in th. de Gheorghiu*, Paris, 1900) trouve un utérus transformé en véritable éponge purulente.

De même Champetier de Ribes (*Statistique de la maternité de l'Hôtel-Dieu*, 1897, n^o 384, Funck-Brentano) trouve chez une femme morte de septicémie puerpérale et vainement curettée, un utérus infiltré de pus et transformé en une véritable éponge purulente.

Ainsi donc voilà des observations, et il eut été facile d'en citer beaucoup d'autres, dans lesquelles le parenchyme utérin est atteint ; mais il est des cas non moins nombreux où la muqueuse seule est infectée, le parenchyme étant à peu près sain. « Si le tissu musculaire peut être friable, frappé de dégénérescence granuleuse,

c'est toujours sur la muqueuse que porte l'altération maxima. Cette muqueuse est tuméfiée, friable ou recouverte de fausses membranes grisâtres plus ou moins infiltrées de pus... Mais elle est aussi très souvent une barrière très efficace à la diffusion... Au dessous d'une couche superficielle, infiltrée de microbes et atteinte de dégénérescence vitreuse (zone nécrosée) se trouve une autre zone dite « d'infiltration cellulaire », composée de petites cellules rondes très tassées, protégeant efficacement le tissu sous-jacent contre les micro-organismes. Ceux-ci, en effet, non seulement ne la franchissent pas mais ne l'envahissent pas ». Ribemont-Dessaigne et Lepage, *Précis d'obstétrique*.

Dans ces cas très fréquents, nous le répétons, où la muqueuse est seule malade on ne voit guère la nécessité d'une hystérectomie; un traitement local doit suffire souvent pour arrêter la marche de l'infection.

Quant à l'argument clinique justifiant l'intervention, il est pour M. Tuffier dans la disparition des accidents septicémiques après l'opération. C'est une preuve que l'utérus était la seule source de la toxi-infection.

Les statistiques que nous publierons nous enseigneront que la disparition des accidents et la guérison sont une terminaison plutôt rare de l'hystérectomie.

Mais bien mieux dans la plupart des cas même graves de septicémie on ne trouve pas de suppurations, d'abcès de la paroi utérine. Ce que l'on constate le plus souvent ce sont des thromboses et des lymphangites. Sans nier l'authenticité des cas de M. Tuffier, on doit les considérer comme des exceptions.

Pour nous renseigner nous avons eu la curiosité de feuilleter les statistiques de la clinique Baudelocque, publiée chaque année par les soins de M. le professeur Pinard.

Année 1896 :

N° 1987, mort par septicémie.

Autopsie : rien dans l'utérus.

Année 1898 :

N° 1702, mort par septicémie après accouchement spontané d'un enfant vivant.

Autopsie : les deux veines iliaques sont oblitérées par des caillots.

L'examen de l'utérus et des annexes est négatif.

Examen histologique. Veine iliaque droite : le caillot contient des chaînettes de streptocoques.

Veine iliaque gauche : le caillot ne contient pas de microbes.

Année 1899 :

N° 1519, mort par septicémie après accouchement spontané.

Autopsie : Utérus bien revenu sur lui-même. En examinant la coupe de ses parois on voit qu'il existe de la phlébite des sinus utérins. De petits thrombus sont énucléés par pression.

Au niveau de la partie inférieure de la veine cave inférieure, au voisinage des veines iliaques existe un thrombus purulent long de plusieurs centimètres.

L'ablation de l'utérus dans ces deux derniers cas eut probablement donné de médiocres résultats. L'opération eut été incomplète et inutile, l'inflammation ayant

rapidement atteint les veines ; et de plus le traumatisme opératoire eut exposé à un accident très grave : la mobilisation des thrombus, la production d'embolies.

Dans l'observation II de la thèse de Bonamý, une malade de M. Champetier, atteinte d'infection, fut opérée par M. Tuffier qui lui fit l'hystérectomie vaginale ; elle guérit. Un morceau de l'utérus enlevé fut examiné par M. Charpentier, de l'Institut Pasteur. Dans les coupes colorées par la méthode de Gram jet avec la thionine, on ne put découvrir de microbes.

L'argument anatomo pathologique de M. Tuffier n'a donc qu'une valeur bien relative.

On peut se demander alors quelles vont être les indications de l'intervention ? A quel signe reconnaitra-t-on que tel cas est justiciable des irrigations continues ou du curettage et tel autre de l'ablation de l'utérus. « Chez une nouvelle accouchée ou chez une femme qui vient d'avorter, qui présente des accidents septicémiques généraux, et chez laquelle ont échoué les moyens médicaux, la désinfection locale, comment savoir si nous devons pratiquer l'hystérectomie. » Tuffier, Soc. de chirurgie, 6 mars 1904.

Voilà la grosse difficulté et ce sont ces indications surtout qui ont provoqué des divergences d'opinions chez les partisans de l'intervention.

Nous allons donc résumer les symptômes cliniques de l'infection puerpérale et examiner s'il en est présumant la mort fatale, et s'il en est qui puissent indiquer l'intervention opératoire.

Symptômes de l'infection puerpérale aiguë. — Que la maladie soit légère ou grave il est un certain ensemble de signes à peu près constants.

Le frisson du début manque rarement et survient habituellement dans le cours de la première semaine qui suit l'accouchement ou l'avortement.

Il est accompagné d'une sensation de froid à laquelle succèdent des transpirations profuses.

Dans les cas légers il manque ou n'apparaît qu'une seule fois.

Dans les cas graves, au contraire, il est répété, dure longtemps, 20, 40 minutes et les anciens auteurs insistaient avec raison sur sa valeur dans le pronostic.

L'élévation de la température est importante à constater chez une femme ne présentant pas de symptômes d'affection extra-génitale.

Le pouls est fréquent, atteint souvent 110, 120 et plus ; il s'accélère au fur et à mesure qu'évolue la maladie et devient petit, serré, dépressible.

On peut aussi observer la dissociation du pouls et de la température, le pouls étant plus fréquent par rapport à la hauteur de la température. Cette constatation présente une grande importance : elle indique généralement une infection sérieuse.

La diminution et la fétidité des lochies se voient fréquemment.

Le facies est grippé, terreux dans les formes graves.

L'examen physique des organes fournit un signe important : « A l'état normal le col se referme très vite et dès le troisième jour, après l'accouchement on éprouve

de la difficulté à franchir l'orifice interne. Quand l'utérus est infecté, au contraire et surtout, quand il reste des débris dans sa cavité, on pénètre facilement même au huitième ou dixième jour des suites de couches. Ce signe, sur lequel insiste beaucoup Budin, présente une importance clinique incontestable et toutes les fois que l'accoucheur pourra introduire un ou deux doigts dans l'orifice interne après le troisième jour des suites de couches il devra penser à une rétention ovulaire ou à une infection intra-utérine ». Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouchements*. Art. Infections puerpérales.

Voilà les signes classiques de l'infection puerpérale. Lesquels sont présages de mort certaine? Aucun croyons nous et les observations que nous publions le prouvent bien. Nous y verons des malades présentant tous ces signes d'infection grave, guérir cependant par un curetage digital, un écouvillonnage ou des injections intra-utérines.

M. Ricard cite le 13 mars 1901, à la Société de chirurgie deux cas bien intéressants. « Au milieu d'autres infectées plus légèrement, dit M. Ricard, j'ai vu deux malades gravement atteintes : leur pouls atteignait 130, le thermomètre montait au-dessus de 40; l'une avait le visage congestionné, la respiration haletante, une certaine anxiété respiratoire; l'autre, plus pâle, le facies décoloré avait cette béatitude que nous voyions si souvent autrefois chez les septicémiques. Chez ces deux malades, le ventre était souple, le globe utérin volumineux atteignait presque l'ombilic; j'avais la conviction

que ces malades étaient presque condamnées ; elles sont aujourd'hui en voie de guérison. »

Nous publions plus loin les observations de ces deux malades.

Dans l'observation inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Guinard, la maladie a été aussi très sérieuse ; la température a dépassé 40° ; tous désespéraient de la guérison. Néanmoins, toutes ces craintes furent heureusement vaines, et la malade sortit guérie de l'hôpital.

Dans les statistiques publiées par Pinard et Wallich (*Traitement de l'infection puerpérale*. Paris, 1896), on trouve de nombreuses observations où le pouls a dépassé 120 et la température 40°.

Cependant, presque tous ces cas graves ont guéri sans hystérectomie après un curetage ou des injections intra-utérines.

De même, la thèse de Gheorghiu (1) fournit quantité de cas graves guéris sans intervention importante.

Dans une note de Budin, puisée à la même thèse, note que nous publions plus loin, nous lisons qu'une femme présentant des accidents d'infection extrêmement graves au point de sembler devoir rapidement succomber, a guéri par un curage digital et un écouvillonnage de la cavité utérine.

Nous avons choisi les quelques observations suivantes dans la thèse de Gheorghiu :

• (1) Th. Paris. — *Traitement de l'infection puerpérale*, 1900.
D. 2

Obs. 7. *Infection puerpérale. Curage. Écouvillonnage. Guérison.*

Avortement le 18 octobre 1895.

Le cinquième jour, le matin, la température était : 40°, le pouls à 116. Curage et écouvillonnage. Le soir, T. 38,7 et pouls : 128.

Le lendemain et jours suivants, la température et le pouls sont normaux.

La malade part guérie le vingt-unième jour.

Obs. 26. *Infection puerpérale. Curage. Écouvillonnage. Guérison.*

Accouchement spontané le 19 avril 1896.

Le troisième jour des suites de couches le matin, T. : 40°, pouls : 120, deux injections intra-utérines.

Le quatrième jour, le matin 39° et 90; le soir 40° et 120.

Le cinquième jour, curage et écouvillonnage, le soir 39° 4 et 108.

Le sixième jour, le matin, 37° 5 et 80; le soir, 39° 2 et 108.

Le septième et le huitième jour, pouls et température normaux.

Le neuvième jour, le matin, 40° 3 et 120; le soir, 37° 4 et 84.

Les jours suivants, le pouls et la température sont normaux.

La malade sort guérie le seizième jour.

Obs. 75. *Infection puerpérale. Curage. Écouvillonnage. Guérison.*

Primipare. Rupture prématurée des membranes.

Le 20 décembre 1896. Application de forceps dans un bassin rétréci (Budin). Hémorragie de la délivrance.

Le sixième jour, pouls, 160 ; température, 40°.

Le septième jour, curage et écouvillonnage à la glycérine créosotée, curettage vulvaire ; application de teinture d'iode.

Le huitième et le neuvième jour, 38°6, recurettage vulvaire.

La température oscille autour de 38° jusqu'au seizième jour. À partir du seizième jour, la température et le pouls sont normaux.

La malade part guérie le vingt-troisième jour.

Il serait facile de multiplier les observations de ce genre. Ces quelques cas nous semblent suffisants pour entraîner la conviction qu'il n'y a pas de symptôme grave présage de mort certaine.

Mais l'un de ces signes ou plusieurs réunis, peuvent-ils servir d'indication à une intervention chirurgicale ? Les statistiques et les faits que nous venons de citer brièvement, et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, ont déjà en partie répondu pour nous ; nous allons cependant examiner la question plus à fond.

Pour certains auteurs, et en particulier pour M. Rochard, la grosse indication de l'hystérectomie est dans la régression imparfaite de l'utérus. Nous dirons tout d'abord que si la régression imparfaite de l'utérus, le col étant entr'ouvert, est un bon signe de l'infection, c'est loin d'être un signe constant. Dans la plupart des

observations publiées on ne l'a pas recherché et dans d'autres cas on a constaté que le col était fermé.

Nous citerons en particulier l'observation de Vineberg (*New-York Medical Journal*, 1898) in thèse de Bonamy. La femme infectée, délirante, présentait une température très élevée de 102 à 105 Fahr., un pouls de 120 à 135, une respiration à 44. L'abdomen était distendu, la face très pâle; le cœur battait à peine. Malgré cet ensemble si effrayant que, dit Vineberg, « on aurait pu croire que c'était la mort elle-même qui était sur la table d'opération », le col était d'aspect normal et parfaitement clos. Après hystérectomie, on constata que l'utérus enlevé était parfaitement fermé au niveau du segment inférieur. Cependant on trouva une portion placentaire de 2 à 4 centimètres, très adhérente. Il se dégageait du contenu de l'utérus une odeur très mauvaise.

Dans l'observation n° 1519, année 1899 des statistiques de la clinique Baudelocque, observation que nous avons rapportée et où la mort fut causée par septicémie après accouchement spontané, nous lisons qu'à l'autopsie on constata que l'utérus était bien revenu sur lui-même.

De même la malade qui fait le sujet de l'observation inédite due à M. Guinard, avait un utérus revenu sur lui-même et un col fermé.

Donc des fièvres puerpérales graves peuvent évoluer et même se terminer par la mort, sans que l'on constate grand retard dans la régression utérine.

Mais, de plus, beaucoup de cas légers, destinés à

guérir rapidement par les moyens ordinaires, s'accompagnent de rétraction imparfaite de l'utérus. La moindre inflammation, la moindre congestion peut retarder la régression : les cas sont nombreux où les accoucheurs l'ont observée, et il n'est venu à l'idée d'aucun d'agiter la question de l'ablation de l'utérus. Si l'on se décidait à enlever tous les utérus mal rétractés, le nombre des femmes stériles deviendrait considérable.

Aura-t-on plus de confiance, pour fixer l'indication, dans le pouls et la température ? Les observations que nous avons déjà citées peuvent servir à prouver que non, et il n'est pas que les infections sérieuses qui s'accompagnent d'un pouls très fréquent et d'une température élevée.

Qu'on se reporte aux observations déjà publiées et à celles qui le seront plus loin et l'on verra la guérison survenir malgré des températures supérieures à 39 et un pouls au dessus de 120.

Les statistiques de Pinard et Wallich, les deux cas cités à la Société de chirurgie par M. Ricard, les observations publiées dans la thèse de Gheorghiu, dans celle de Brehier (*Traitement de l'infection puerpérale par le froid*. Paris, 1899), pourraient nous en fournir de nombreuses preuves ; puisque l'on n'a pas eu recours à l'hystérectomie et que les malades ont guéri tout de même.

En mars, M. Ricard a présenté à la Société de chirurgie 40 feuilles de température appartenant à des malades sérieusement infectées. Malgré des températures très élevées ces 40 cas ont donné 40 guérisons.

La statistique du même auteur nous enseigne que les malades infectées gravement dans les suites de couches et ayant eu plus de 39° guérissent dans la proportion de 90 pour cent grâce aux soins ordinaires : écouvillonnage, curettage, injections intra-utérines.

Dans les statistiques de la clinique Baudelocque nous lisons qu'en 1898 sur 2305 femmes entrées, il y en eut 76 dont la température a dépassé 39° : dont 43 primipares et 33 multipares. Or, la mortalité n'a atteint que 24 dont 6 morts par septicémie, soit 0,26 pour 100.

En 1899 sur 2506 entrées il y eut aussi 76 femmes dont la température dépassa 39 : soit 41 primipares et 35 multipares. Sur ces 2.506 cas il n'y eut que 11 morts dont 5 dus à la septicémie, soit une mortalité par septicémie de 0,19 pour cent.

« Ce n'est donc ni par l'examen du poulx, ni par celui de la température que l'on pourra faire le départ entre les malades destinées à guérir et celles qui, destinées à mourir, auraient dû être opérées ». Ricard, Société de chirurgie, mars 1901.

On aura encore bien moins confiance dans l'aspect de la malade, dans son facies. Les indications qu'on baserait sur un tel signe n'auraient guère de caractère scientifique, varieraient avec chaque chirurgien suivant son audace ou sa timidité.

Certains auteurs ont pensé que l'examen du sang pourrait fournir des indications opératoires nettes.

Le 6 mars, à la Société de chirurgie, M. Tuffier disait : « Prochownick a voulu résoudre la question par l'hémo-diagnostic et dans un travail remarquablement

étudié, (*Die ausscheidung der puerpéral-septischen Gebärmutter. Monatschr. f. Geburt. u. Gynak.*, 1899, t. IX, p. 756, et t. X, p. 14) il nous dit: Toutes les fois que vous trouverez dans le sang du streptocoque, vous devez pratiquer l'hystérectomie, cette streptococcie étant l'expression d'une pyohémie dont le point de départ est dans l'utérus. Les faits qu'il rapporte sont intéressants, puisque toutes les femmes non opérées dans le sang desquelles il a trouvé du streptocoque sont mortes, tandis que toutes celles chez lesquelles l'examen du sang est resté négatif, sauf deux (péritonites purulentes par pénétration directe des streptocoques dans le péritoine à travers une déchirure intéressant à la fois le col et le cul-de-sac vaginal) ont guéri, malgré parfois l'existence des symptômes d'infection les plus graves.

J'ai voulu vous signaler ces faits, je ne les discute pas, parce que seuls les résultats hématologiques ont le droit de trancher cette importante question, et les résultats je ne les possède pas. »

Cependant l'opinion des accoucheurs est que la présence du streptocoque dans le sang des infectées est chose tout à fait exceptionnelle. On ne la constaterait qu'à la période agonique de la maladie. Ceci expliquerait pourquoi sont mortes toutes les malades dans le sang desquelles Prochownick a trouvé du streptocoque.

Nous allons citer deux observations d'infection séreuse dans lesquelles l'examen du sang pratiqué par des hommes qui font autorité, fut négatif.

La première, puisée à la thèse de Bonamy et due à

M. Tuffier, a traité une malade de M. Champetier de Ribes, atteinte d'infection puerpérale, qui fut opérée d'hystérectomie par M. Tuffier. La malade étant morte, on en fit l'autopsie et l'on confia l'examen du sang à M. Charpentier, de l'Institut Pasteur. Voici la note que ce dernier fit parvenir à M. Champetier.

« J'ai recueilli du sang de la pulpe de l'index de la malade. Ce sang semé très largement sur gélose n'a donné aucune culture ; il ne contenait donc pas de microbes.

J'ai en même temps pris du liquide dans le col de l'utérus ; ce liquide ensemencé sur gélose m'a donné une culture de deux microbes :

1° Du streptocoque.

2° Du staphylocoque blanc. »

La deuxième observation est celle du cas opéré par M. Gosset. Elle fut rapportée à la Société de chirurgie le 6 mars, par M. Terrier. L'opération fut suivie de guérison.

Le sang de la malade fut examiné dans le laboratoire du professeur Grancher et sous la direction de M. Veillon, par M. Armand Delille, interne. « Le sang prélevé aseptiquement à l'une des veines du pli du coude, a été ensemencé *en surface* pour la recherche des microbes aérobies, sur gélose ordinaire et sur gélose ascite de Wertheimer ; *en profondeur* pour la recherche des microbes anaérobies, sur des tubes de gélose sucrée profonde, avec dilutions successives, suivant la méthode de Veillon.

Il ne s'est développé de colonie sur aucun des tubes

ensemencés ; on peut donc en conclure que le sang examiné ne contenait pas de germes. Les lames de sang fixées et colorées ne présentaient d'ailleurs aucun élément anormal. »

Par conséquent les conclusions de Prochownick ont été posées un peu légèrement et l'on peut dire qu'actuellement l'examen du sang ne saurait, pas plus que l'état de régression de l'utérus, ni le pouls, ni la température, fournir d'indications précises à l'ablation de l'utérus dans l'infection puerpérale.

Mais alors si l'on ne peut poser d'indication opératoire nette, on est exposé à opérer trop tôt ou trop tard.

Intervenir trop tôt, c'est risquer de faire beaucoup d'interventions graves inutilement ; et ce n'est pas peu que priver une femme jeune de son utérus.

Intervenir trop tard, c'est faire subir un schok opératoire bien lourd à une femme déjà très affaiblie par une affection grave, la mort étant trop souvent la terminaison de l'opération.

Mais, a-t-on dit, nous croiserons-nous les bras, et laisserons-nous mourir ces malheureuses, sans rien tenter pour les sauver ? On peut répondre qu'il vaut mieux les laisser mourir que de les faire mourir, l'expérience montrant d'ailleurs que la nature a des ressources dont nous ne soupçonnons pas la richesse.

CHAPITRE II

Si la difficulté de trouver dans les symptômes graves de l'infection puerpérale des indications nettes, nous invite peu à intervenir, les statistiques d'interventions vont nous convaincre que l'opération est redoutable.

Wintrebert et Bonamy qui, dans leur thèse, voulaient justifier l'hystérectomie, ont recherché surtout les cas favorables; néanmoins nous allons voir combien la mortalité en est élevée.

Wintrebert, dans sa thèse rapporte dix observations d'hystérectomie dans la fièvre puerpérale; mais il nous semble que trois de ces cas au moins ne devraient pas figurer dans une statistique de ce genre. En effet, trois femmes ont été opérées environ un mois après l'accouchement ou l'avortement. Ce ne sont donc pas des fièvres puerpérales aiguës, de celles que nous avons seules en vue dans ce travail.

Quoi qu'il en soit sur ces dix opérations, il y a eu huit guérisons et deux morts.

Dans les premiers cas rapportés, on intervint surtout pour la rétention placentaire qui s'était compliquée de fièvre puerpérale : ce sont ceux de Schultze (d'Iéna), de Skutsch (d'Iéna) et de Roosenburg (de la Haye).

Bonamy cite 34 observations d'hystérectomie totale ou partielle pour infection puerpérale aiguë, parmi lesquelles 6 déjà publiées dans la thèse de Wintrebert. Ce sont celles de Schultze, de Skutsch, de Goldsborough, de A. Sippel, de Roosenburg et de Bouilly. Ces six cas ayant donné cinq guérisons et une mort, nous avons dans les deux thèses, en défalquant les cas cités deux fois, un total de :

35 interventions, ayant fourni 23 guérisons et 12 morts.

Cette mortalité est déjà très élevée si nous la comparons à celle que nous verrons fournie par une thérapeutique plus timide. Mais les observations plus récentes publiées à la Société de chirurgie cette année, vont nous montrer une mortalité effrayante : la plupart des interventions ont été suivies de mort.

M. Picqué cite un cas d'hystérectomie supra-vaginale pour une septicémie à *localisation utérine et annexielle* ; c'était une forme puerpérale prolongée, l'opération eut lieu plus de deux mois après l'accouchement et fut suivie de guérison ; l'utérus petit avait terminé sa régression ; en appliquant la classification de M. Tuffier, ce cas tardif en localisations annexielles ne devrait pas être compté ici.

M. Rochard est intervenu cinq fois et a eu cinq revers.

M. Bazy ne cite que deux opérations faites dans son service ; une, en 1896 par son interne d'alors, son collègue d'aujourd'hui, le docteur Ravanier fut suivie de mort ; et une hystérectomie abdominale faite par lui publiée par M. Maygrier au dernier Congrès international de médecine (section d'obstétrique) eut aussi une terminaison fatale.

M. Terrier a fait un certain nombre d'hystérectomies, vaginales pour infection puerpérale, mais n'a jamais eu de guérison. Il cite seulement le cas opéré par M. Gosset et qui se termina par guérison.

M. Rochard rapporte sept cas opérés par M. Faure il y eut six morts et une guérison.

Voilà donc seize nouveaux cas qui ont donné trois guérisons seulement et treize morts et encore le cas de M. Picqué devrait-il être éliminé.

La proportion est toute différente de celles des observations publiées dans les thèses de Wintrebert et de Bonamy.

Si nous totalisons nous obtenons :

$35 + 16 = 51$ interventions qui ont donné $23 + 3 = 26$ guérisons et $12 + 13 = 25$ morts. La mortalité n'atteint donc pas 50 0/0 mais il s'en faut de bien peu.

Zipperlen, dans sa thèse, rapporte 74 interventions ; il y eut 36 guérisons et 38 morts. « Mais ces cas, dit-il, ne sont pas tout à fait exempts d'objections, surtout les cas américains, puisqu'il y a eu plusieurs cas terminés par la mort, qui n'ont pas été publiés. Le pronostic de l'opération, comme il résulte des observations citées, est ainsi donc peu satisfaisant ; mais on ne doit

pas oublier qu'il s'agissait presque toujours de cas graves dans lesquels un résultat de 50 0/0 de guérison est déjà très beau, résultat qui deviendra encore meilleur quand les indications seront mieux précisées. »

Nous pensons, comme Zipperlen, que la mortalité opératoire déjà très élevée ne donne pas encore une idée précise de la gravité de l'intervention ; car s'il y a beaucoup d'opérations suivies de mort qui n'ont pas été publiées, il y a aussi beaucoup d'interventions qui ont été pratiquées pour guérir des formes tardives, souvent localisées, de l'infection puerpérale. Nous avons déjà parlé de l'intervention suivie de guérison rapportée par M. Picqué.

Dans la thèse de Wintrebert nous relevons les deux hystérectomies de Nélaton, l'une pratiquée trois semaines après un avortement, l'autre plus d'un mois après l'accouchement ; de même l'intervention de Broca rapportée dans la thèse de Synnéphias, fut pratiquée plus d'un mois après l'accouchement.

Récemment, M. Monzie a encore rapporté à la Société de chirurgie un cas analogue.

Et il est certain que, dans ces formes tardives de l'infection, l'hystérectomie donne de bien meilleurs résultats que dans l'infection puerpérale aiguë que nous voudrions seule envisager ici.

Quoi qu'il en soit, des 74 interventions publiées par Zipperlen il nous a semblé que 41 étaient inconnues en France. Ce sont celles de Karl Stahl, Osilhausen, Doderlein (3), Klein, Ludwig, à la clinique Chrobak, Ashton, Hirst (17), Kelly, Montgomery, Boldt (4),

Baldy, Polk, Cragin (2), Cratledge (2), Coe, Mac Murty, Vineberg, Hergott.

Ces 41 cas nouveaux ont donné 22 morts et 19 guérisons.

Ce qui ferait avec les 51 opérations déjà connues un total de 92 interventions, ayant donné 45 guérisons et 47 morts.

Il faut encore ajouter 2 interventions mortelles faites par Baldy et une mortelle aussi faite par Otto V. Weiss, citées par M. Tuffier à la Société de chirurgie et publiées aussi par Zipperlen dans sa thèse. M. Tuffier a de plus rapporté un cas de Prochownick et un de Goffe inédits pour nous ; tous deux ont été mortels.

Total général : 97 interventions ayant donné 45 guérisons et 52 morts.

La mortalité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale dépasse donc 50 pour 100 ; elle est, comme nous allons le voir, bien plus considérable que celle des autres traitements employés exclusivement auparavant, même si on ne considère que les cas graves. Mais nous répétons que cette mortalité est fausse, elle devrait être bien plus considérable si toutes les morts opératoires avaient été publiées et si l'on n'avait réuni dans les statistiques que les interventions pour infection puerpérale aiguë.

Ce danger opératoire n'est pas le seul inconvénient de l'hystérectomie. « Mettons-nous en présence d'une femme dans la fleur de l'âge, qui semble appelée à donner le jour à d'autres enfants, alors la responsabilité

de l'opérateur devient très lourde. Certainement mainte femme en proie à une fièvre violente et en danger de mort donnera volontairement le consentement à l'opération, quand on lui dit que par celle-ci ses souffrances peuvent être guéries, et sa famille bénira l'opérateur comme le sauveteur de la femme; mais il arrivera un temps où la femme sera complètement guérie, et où les douleurs et la maladie vaincues tomberont dans l'oubli. La femme devrait alors pouvoir recommencer à servir à sa destination naturelle, elle devrait pouvoir redevenir mère; mais au lieu de cela elle ne peut plus concevoir. Elle éprouvera maintenant profondément la perte de son organe, l'état de dépression psychologique apparaîtra, et la bénédiction que l'on versait il y a peu de temps sur la tête de l'opérateur, fera peut-être maintenant place à des malédictions ». Zipperlen, thèse de Tübingen.

CHAPITRE III

Nous allons examiner dans ce chapitre les résultats obtenus par l'emploi d'autres moyens en usage dans les maternités, moyens moins dangereux que l'hystérectomie. Ce sont le curage digital, l'écouvillonnage, le curettage, les injections intra-utérines et le froid sous forme de bains ou d'enveloppements.

Nous commencerons par les statistiques de curettage et d'injection intra-utérines rapportées par Pinard et Wallich dans « *Traitement de l'infection puerpérale*, Paris, 1896 ».

Nous y lisons qu'en 1894 il a été fait à la clinique Baudelocque 38 curettages qui ont donné 4 morts ; deux des malades qui ont succombé avaient subi la symphyséotomie.

Ces 38 malades curettées avaient été antérieurement traitées par les injections intra-utérines.

La chute de la température après le curettage a été immédiate dans 12 cas.

On a traité l'infection par les injections utérines 85 fois; et ces 85 malades sont sorties guéries de la clinique.

Sur ces 85 cas traités par injections intra-utérines, la température a atteint ou dépassé 38° dans 82 cas; elle a atteint ou dépassé 39° 13 fois.

Bréhier dans sa thèse « *Traitement de l'infection puerpérale par le froid* », Paris, 1899, relate 14 observations d'infection puerpérale traitées par les bains ou les enveloppements froids. Dans ces 14 cas cependant on a employé d'abord d'autres moyens thérapeutiques : injections intra-utérines, écouvillonnage, curettage et l'amélioration ne survenant pas, on a traité alors les malades par le froid.

5 malades ont été soignés à peu près exclusivement par les bains froids.

5 autres surtout par les enveloppements froids.

4 fois il s'est déclaré une phlébite quelque temps après le traitement par le froid.

De ces 14 malades, 11 ont guéri et 3 sont mortes.

Gheorghiu a relevé dans sa thèse tous les cas d'infection puerpérale qui se sont produits à la Maternité pendant les années 1897 et 1898, et a réuni de plus quelques observations de l'année 1895 et toutes les observations de curages et d'écouvillonnages de l'année 1896 à la Maternité.

Les années 1896-1897 et 1898 ont fourni 345 observations, dont :

283 accouchements spontanés ou artificiels et 62 avortements ;

161 cas ont été traités par les injections intra-utérines ;

172 par le curage et l'écouvillonnage ;

12 fois on a fait l'écouvillonnage prophylactique ;

14 curettages ont été pratiqués.

Ces observations ont fourni comme résultat définitif :

327 guérisons certaines ; 3 femmes sont parties incomplètement guéries ;

15 morts.

Mortalité : 4,3 pour 100.

De plus 5 curages et 5 écouvillonnages pratiqués en 1895 ont donné :

9 guérisons et 1 mort.

Les statistiques de la clinique Baudelocque, publiées chaque année par le professeur Pinard, vont encore nous fournir quelques renseignements, nous allons résumer ici la statistique générale du 1^{er} janvier 1890 au 1^{er} janvier 1900.

Années. Femmes.

1890.	1.244	Mortal. totale, 9.	Mortal. septicémie 4, soit 0,32 0/0
1891.	1.654	— 20	— 8 0,36 0/0
1892.	1.834	— 8	— 5 0,27 0/0
1893.	1.920	— 14	— 8 0,42 0/0
1894.	2.039	— 9	— 4 0,18 0/0
1895.	2.880	— 12	— 5 0,24 0/0
1896.	2.270	— 12	— 5 0,22 0/0
1897.	2.314	— 11	— 5 0,21 0/0
1898.	2.305	— 24	— 6 0,26 0/0
1899.	2.506	— 11	— 5 0,19 0/0

Pendant ces 10 années, il y eut 383 avortements et 17.467 accouchements.

Les 383 avortements ont donné 11 morts et une mortalité par infection de 2,34 0/0.

Les 17.467 accouchements ont donné 102 morts dont 35 par infection, soit une mortalité par infection de 0,20 0/0.

Nous allons maintenant rapporter les paroles prononcées par M. Ricard le 13 mars 1901 à la Société de chirurgie.

« Je n'ai pas cru devoir faire un étalage de citations étrangères et de faits toujours difficiles à contrôler ; mais pouvant avoir des documents sous les yeux, j'ai pris le parti le plus simple et me suis rendu dans différentes maternités ; j'ai vu les femmes infectées dans les services d'isolement, j'ai compulsé les statistiques et feuilleté des milliers de feuilles de température conservées avec un soin remarquable par nos collègues les accoucheurs.

« L'examen des statistiques prend ici une grande importance car ce sont des statistiques totales, et ces statistiques publiées chaque année, appartiennent à des Maternités les plus différentes. J'ai pu ainsi dans le comptes rendus publiés des deux cliniques de la Faculté dans les maternités de Saint-Antoine, Tenon, Hôtel-Dieu, etc., réunir 2.640 cas d'infection chez les accouchées dont la température a oscillé de 38° à 40° et au dessus. Or la mortalité totale de ces 2.640 cas est de 105, soit environ 4 pour 100.

« Mais si cette mortalité globale des femmes ayant eu de l'hyperthermie nous montre que la mortalité est faible, la démonstration serait insuffisante, car chez beaucoup

de ces femmes l'hyperthermie a été légère, transitoire, peut être due à une cause infectieuse minime extra-utérine, comme une lymphangite mammaire, et pour beaucoup d'entre elles, la question de l'intervention ne se serait même pas posée. Il était donc indispensable d'étudier plus intimement les tableaux de la morbidité maternelle de nos maternités.

« Or, en ne recueillant que les cas où la température a dépassé 39° et s'est élevée à 40° et au dessus, j'ai relevé dans ces mêmes statistiques 851 cas ; et si nous conservons le même chiffre de mortalité totale de 105, nous voyons que les cas d'infection grave donnent une mortalité de 13 pour 100 environ. Mais cette mortalité ne saurait incomber tout entière à ces 851 cas, car sur les 105 cas de mort, il y a des morts subites, des morts par embolies, par hémorragie, etc., qui sont survenues chez des malades ayant à peine dépassé 38°.

« Il faut évidemment aussi mettre de côté, dans ces cas de mort ceux qui sont dus à des accidents eclampiques à des opérations césariennes à des opérations de Porro ou à des hystérectomies abdominales ; or, en fouillant davantage les statistiques, en remontant des tableaux statistiques aux observations de la Maternité de Saint-Antoine, si libéralement mises à ma disposition par mes collègues Bar et Tissier, il est facile de se convaincre que la mortalité véritable des infections puerpérales graves oscille autour de 10 pour 100. .

« En voyant les moribondes qui passent dans nos services, nous nous imaginons volontiers que toutes les infectées d'ordre obstétrical sont fatalement condamnées

à mourir. C'est cette illusion qui a fait pendant un temps, le succès d'un sérum antistreptococcique, au bénéfice duquel on portait trop facilement les cas de guérison qui seraient survenus spontanément.

Je répète donc avec une conviction absolue, que les malades infectées gravement dans les suites de couches et ayant eu plus de 39° guérissent dans la proportion de 90 p. 100 grâce aux soins ordinaires, écouvillonnages, curettages, injections intra utérines, etc. »

Et l'orateur conclut en disant que : « dans l'état actuel de la science, l'hystérectomie n'a pas encore trouvé d'indication suffisante pour pouvoir être proposée comme traitement de l'infection puerpérale aiguë. »

Pour terminer ce chapitre nous allons publier, quelques observations d'infection puerpérale aiguë grave ayant guéri par les moyens simples employés dans les Maternités ; nous donnerons enfin les opinions de quelques auteurs sur l'ablation de l'utérus dans l'infection puerpérale.

OBSERVATION I (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le docteur Guinard, chirurgien
des Hôpitaux

Infection puerpérale grave. Simple colpotomie postérieure Guérison

M^{me} S. ., âgée de 36 ans, cuisinière, entre le 16 avril à la Maison municipale de santé dans le service de M. le docteur Guinard. Voici son histoire pathologique telle que nous la raconte son médecin le docteur Diamantberger ; la malade était dans un tel état qu'il était impossible d'en attendre aucun renseignement :

Ses parents sont vivants et se portent bien. Elle a été réglée à 14 ans, et sauf quelques pertes blanches entre les règles, n'a jamais rien présenté d'anormal du côté de l'appareil génital.

Rien du côté des poumons qui sont indemnes, elle a eu seulement une bronchite à 20 ans. Pas de syphilis.

Elle a été soignée pour des troubles gastriques dus probablement à un abus notable des apéritifs et de l'alcool (rhum en particulier). Elle a depuis plusieurs années un sommeil très agité, troublé par des cauchemars, etc.

Elle a eu aussi de l'entéro-colite muco-membraneuse. Cette malade a eu sept grossesses et elle a cinq enfants vivants. A l'âge de 16 ans elle a fait en outre une fausse couche de six

mois. Les six premières grossesses ont été heureuses, elles se sont terminées normalement avec la simple assistance d'une sage-femme.

Au cours de sa dernière grossesse, la malade a souffert de fatigue générale, de courbature et d'accidents intermittents et inaccoutumés de lassitude et d'inappétence qu'elle essayait en vain de combattre par l'usage du rhum. Cependant elle n'a pas cessé de vaquer à ses fatigantes occupations à la cuisine.

Le 28 mars elle est accouchée par une sage-femme : l'enfant est à terme et en bonne santé.

Dès le 31 mars elle est prise de frissons violents avec fièvre vive, céphalée et vomissements. Ces accidents s'aggravent les jours suivants et on fait appeler cinq jours après le docteur Diamantberger qui trouve un ventre ballonné, météorisé, avec une température variant de 38 à 39° 5 du matin au soir. La malade délire constamment et a le facies péritonéal. Le pouls est petit et rapide. Il pratique aussitôt le traitement par la glace sur le ventre et par les injections intra-utérines.

Les jours suivants, l'état s'aggrave encore et c'est alors que le 16 avril, la malade est apportée à la Maison Dubois dans le service de M. le docteur Guinard.

M. Guinard la voit en présence du docteur Diamantberger et de son collègue le docteur Riche, chirurgien des hôpitaux.

De l'avis unanime, l'état est « désespéré ». Le facies est tiré, grippé, plombé ; les yeux sont excavés ; la malade délire, a de la carphologie ; le ventre est ballonné, douloureux à la pression, avec un utérus encore gros et sensible à la main ; les vomissements sont incessants. Il n'y a pas de lochies fétides,

et le toucher montre un col fermé et mou. La température est à 39° 5 et le pouls est à 140, presque incompressible.

Nous agissons la question d'une hystérectomie d'urgence, mais sans arriver même à discuter la meilleure voie à prendre pour cette opération — la voie sus-pubienne ou la voie vaginale, — nous repoussons toute intervention, bien convaincu que la patiente succomberait entre nos mains avant la fin de l'opération.

Glace sur le ventre. Un litre de sérum sous la peau de la cuisse. Lavages vaginaux.

Le 17 avril, je suis surpris de trouver la malade encore vivante. L'état est sensiblement le même que la veille : au toucher il me semble que le cul-de-sac postérieur bombe un peu et je me décide à faire une colpotomie postérieure. Je fais sans anesthésier la malade l'incision transversale du cul-de-sac postérieur et il s'écoule un demi-litre environ d'un liquide séreux louche, sorte de bouillon sale, mélangé d'un peu de sang. Je draine copieusement avec un tube en caoutchouc et de la gaze stérilisée.

Un litre de sérum. Injection de caféine. Glace. Le soir la malade a 39° 5.

Le 18 avril, la température est à 39° 2 et le pouls à 120. Je fais installer trois fois par jour des enveloppements dans des linges mouillés d'eau froide.

Les accidents sont restés menaçants pendant quelques jours, avec prédominance des phénomènes délirants, et après être restée pendant 8 jours avec le traitement continu par les enveloppements froids, dans une sorte d'état de manie aiguë la malade a rapidement guéri. Elle a quitté la maison Dubois complètement remise, bien que l'orifice du cul-de-sac posté-

rieur ne soit pas encore absolument fermé. C'est en somme un fait de guérison inespérée à la suite d'une intervention absolument innocente. Je crois pouvoir affirmer que cette malade aurait succombé si on avait tenté l'hystérectomie au moment où elle s'est présentée à mon observation. Il s'agissait d'une infection générale partie de l'utérus pour laquelle l'utérus n'était plus en cause.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de MM. Bar et Tissier).

Le 8 mai. — Cinq jours après l'accouchement la température de la malade monte à 40°. On pratique un curettage, le soir T. 38°6.

Le 9. — Matin T. 38°3; pouls 116, glace sur le ventre. Soir T. 38°2, pouls 90.

Le 10. — Matin T. 39°6, pouls 120, glace sur le ventre; on fait une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum salé. Soir T. 40°4, pouls 124.

Le 11. — T. 39°2, pouls 112; on continue la glace et on fait une nouvelle injection de 500 gr. de sérum salé. Soir T. 40°2, pouls 116.

Le 12. — Matin T. 39°8, p. 108; même traitement. Soir T. 40°4, pouls 120.

Le 13. — Matin T. 40°4, pouls 112. On fait un nouveau curettage puis un tamponnement; on soumet la malade aux bains froids. Glace. Soir T. 40°3; 112 de pouls.

Le 14. — Matin T. 40°, pouls 108 Injection intra-utérine iodée. Sérum de Marmoreck 20 cc. Bains froids. Glace; le soir T. 40°, pouls 120.

Le 15. — Matin T. 39°9; pouls 120. Glace. Bains froids. Soir T. 39°8; pouls 116.

Le 16. — Matin T. 39°6, pouls 112; même traitement Soir T. 39°4; pouls 112.

Le 17. — Matin T. 38°5; pouls 100; même traitement. Soir T. 39°4; pouls 104.

Le 18. — Matin T. 38°8; pouls 100; même traitement. Soir T. 38°4; pouls 96.

Le 19. — Matin T. 41°2, 120; même traitement. Soir 39°6, 124.

Jusqu'au 24 la température reste toujours élevée au voisinage de 38° et même de 39°, le pouls vers 100.

Le 24. — Grande oscillation du pouls qui remonte à 40°2, de même le 26 la température monte à 40°5.

Le 29. — Matin T. 39°6, pouls 112; toujours glace et bains. Soir T. 39°2, pouls 112.

Le 30. — Matin T. 38°3, pouls 100; même traitement. Soir T. 38°8, pouls 100.

Le 31. — Matin T. 37°4, pouls 92; 0,50 de sulfate de quinine. Soir T. 37°6; pouls 100.

Le 1^{er} juin. — 1 gr. de sulfate de quinine.

La température et le pouls s'abaissent progressivement pour revenir à la normale.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de MM. Bar et Tissier).

La malade est accouchée et délivrée en ville ; elle entre à l'isolement le 10 avril, 8 jours après l'accouchement, on lui fait absorber 0,50 de sulfate de quinine. La température du soir est 40°2, son pouls est à 132.

Le 11. — Matin T. 40°3, pouls 128 ; on fait un curetage, une injection intra-utérine et un tamponnement ; on injecte sous la peau 1,500 gr. de sérum salé. Soir T. 40°4, pouls 140. La malade est prise de mouvements convulsifs ; elle délire.

Le 12. — Matin T. 48°2, pouls 120. On fait une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum salé, et une injection de 20 cc. de sérum de Marmoreck. Glace sur le ventre. Bains froids. Soir T. 40° ; pouls 128 Convulsions.

Le 13. — Matin T. 39°, pouls 112. Sérum de Mannoreck. 20 cc. Injection intra-utérine de permanganate de potasse. Glace sur le ventre. Sérum salé 500 gr. Soir T. 38°6, pouls 128. Les convulsions et le délire continuent.

Le 14. — Matin T. 39° ; pouls 124 ; la malade a toujours des convulsions et du délire. On lui injecte 2 centig. de morphine et on lui donne 2 gr. de chloral. Sérum salé 500 gr. Bains froids et glace. Soir T. 40°, pouls 116.

Le 15. — Matin T. 39°8, pouls 128. Convulsions, délire. Bains froids, glace. Soir T. 40° pouls 108.

Le 16 — Matin T. 38°8 ; pouls 124. Convulsions, délire. Injection sous-cutanée de 1,000 gr. de sérum salé. Injection

vaginale au sublimé Glace, bains froids. Soir T. 39°, pouls 128.

Le 17. — Matin T. 37°4, pouls 116. Les convulsions et le délire ont enfin disparu. 1/4 de milligramme de digitaline. Injection vaginale au permanganate : injection sous cutanée de 500 gr. de sérum salé Soir 39°, 120.

Le 18. — Matin T. 37°6, pouls 100. Sérum salé 500 gr. Bains froids. Soir T. 39°6, pouls 124.

Le 19. — La température atteint encore 39°8 ; de même le 21 au soir elle remonte à 39°8 puis peu à peu elle redescend à la normale tandis que le pouls diminue aussi de fréquence.

Les 7, 8 et 9 mai la température dépasse de nouveau 39° atteint 39°9 et redescend enfin définitivement.

OBSERVATION IV

Paul Voyer dans sa thèse de Paris 1895, publie l'observation suivante parue dans la thèse de Chabert, Lyon 1894 :

Jeanne M..., 16 ans, primipare entre à la maternité le 14 décembre 1883.

Le 5 janvier accouchement normal, délivrance naturelle, garçon bien portant.

Le 6. — La malade accuse de la céphalgie, les seins se gonflent sans douleur ; abdomen non douloureux. Utérus à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic,

Le 8. — T. soir 40°7,

Le 9. — T. matin 39°5. Utérus remonte à l'ombilic. Ventre douloureux. T. soir 41°4.

Sulfate de quinine 0.30. Lochies purulentes, fétides.

Jusqu'au 13, T. oscille entre 40° et 41°.

Le 15. — Bains à 28°.

Du 15 au 18 treize bains.

La malade quitte le service le 7 janvier complètement guérie

OBSERVATION V

Observation n° I de la thèse de Bréhier, Paris 1899.

Observation que nous avons un peu résumée.

Accouchement spontané à terme; délivrance incomplète.

Curettage. Infection généralisée Bains et enveloppements

Guérison.

Femme de 20 ans, secondipare, se présente pour accoucher à la Maternité de Beaujon le 17 août 1898; elle a quelques douleurs.

Dernières règles du 17 au 20 novembre.

Les douleurs cessent pour réapparaître le 21.

22 août à 1 h. 15 du matin, accouchement spontané d'une enfant de 2.650 gr.; la délivrance paraît complète.

27 — Température matin 37°6. Soir 39°.

Lochies un peu fétides. Curettage.

29. — Ventre ballonné et sensible, la malade se plaint de

soif, la langue est sèche ; à 1 h. frisson d'une demi-heure ; après quoi T. 40°2 ; injection intra-utérine de 10 litres d'eau bouillie ; le soir 40°1.

30. — T. matin 37°8, pouls 108. La malade a le facies grippé et paraît abattue ; elle a deux frissons dans la journée. Soir T. 39°.

31. — T. matin 37°2, pouls 108 Soir T. 39°2. Enveloppements froids.

1^{er} septembre. — Etat général mauvais ; la malade est très accablée. Le matin T. 38°4, pouls 120 ; soir T. 40°4. Injection sous-cutanée de 1 litre de sérum, 3 bains froids.

2. — Etat stationnaire. Matin T. 39°. Soir 40°2, 4 bains.

3. — Mieux sensible ; la malade est moins abattue, le ventre moins douloureux. T. matin 36°8, pouls 88. T. soir 38°6.

4. — Etat stationnaire ; le matin T. 36°4, soir 38°2, 3 bains et un enveloppement ; frisson intense.

5. — T. matin 37° un peu de diarrhée ; pouls 96 ; 1 litre de sérum ; calomel ; 1 bain et 1 enveloppement. T. soir 39°, pouls 96

6. — T. matin 40°5, après un frisson intense ; une défervescence brusque se produit après l'administration de 3 bains à 22° ; le soir T. 37°8. 1 litre de sérum ; injection intra-utérine de 20 litres.

Ensuite l'état général s'améliore de plus en plus. La malade sort complètement guérie le 20 septembre.

OBSERVATION VI

Obs. II de la thèse de Bréhier.

*Accouchement spontané à terme. Septicémie Curettage.
Bains et enveloppements. Guérison.*

C. Louise, 25 ans, secondipare.

Dernières règles du 10 au 15 novembre 1897.

Entre le 19 août 1898, à la salle de travail. Elle accouche immédiatement, avant qu'on ait eu le temps de lui donner des soins, d'un enfant pesant 2.650 grammes. Délivrance naturelle complète, périnée intact.

Après l'accouchement T. 37°5 Traces d'albumine dans les urines. On constate des lésions anciennes d'endométrite.

22 août. — T. matin 37°9. Soir 37°8. Albumine.

23. — T. matin 38°6 Injection intra-utérine de 10 litres ; débris placentaires ; on constate un utérus bicorne Le soir T. 39°4 ; on fait un curettage qui ramène des débris de placenta et après cela un écouvillonnage à la gaze iodoformée. On met un tampon.

24. — Matin T. 39°. La malade est dans un état stationnaire, le ventre est douloureux ; on enlève le tampon et l'on fait une injection intra-utérine de 10 litres. Le soir T. 38°6.

25. — Mieux sensible : le matin T. 37°6 ; l'urine est normale. Cependant dans la journée, la T. tend à remonter ;

elle est à 38°4 le soir ; on fait un nouveau curettage et deux lavages intra-utérins de 10 litres.

26. — La malade va moins bien ; elle a une diarrhée abondante et fétide. T. 39°5 ; le pouls est à 128 ; la malade a la langue sèche et a soif ; elle est abattue. On fait matin et soir une injection intra-utérine de 10 litres de solution de permanganate de potasse, T. soir 38°6.

27. — Matin 38°6 ; quelques crachats hémoptoïques ; pouls, à 132 ; même traitement. Le soir T. 38.

28. — Matin T. 37°, pouls à 136. 40 litres d'injection intra-utérine. Frisson, le soir T. 38 ; 1 gramme de sulfate de quinine.

29. — Matin 38°8 ; le pouls est à 136. Frisson. Le soir T. 38°6.

30. — Matin 38°2 ; pouls à 140. Même traitement, 0 gr. 50 de sulfate de quinine et 1 gramme de sulfonal. Le soir T. 38°8

31. — T. 39 ; pouls à 140. On commence les bains froids, injections intra-utérines. — 800 grammes de sérum artificiel ;

1^{er} septembre. — Nuit mauvaise, T. 39 ; pouls 132.

Puis progressivement la température et le pouls tendent à revenir à la normale.

La malade sort en convalescence le 18 septembre.

OBSERVATION VII

Note due à M. Budin, *in* thèse de Gheorghin.

Note — Lorsque je pris le service de la Maternité, le

11 janvier 1895, j'y trouvai deux femmes très souffrantes. Chez l'une d'elles nommée Can..., placée au n° 5 de la salle Levret, on avait dû pratiquer une délivrance artificielle et elle présentait des accidents d'infection extrêmement graves au point qu'elle semblait devoir rapidement succomber.

L'autre, la nommée Lim..., femme Perre..., avait été reçue à la Maternité, le 6 janvier 1895, et placée au n° 1 de la même salle. Elle avait fait un avortement de quatre mois, avait de la rétention placentaire et des accidents d'infection. Au moment de son admission sa température était de 40°2, son pouls de 140; de plus il existait chez cette femme des lésions rénales ainsi qu'une insuffisance et un retrécissement mitral.

Je proposai à mon collègue Charrin, médecin à la Maternité, de faire chez ces deux femmes une injection de sérum de Roger, en même temps que de mon côté je procéderaï au nettoyage de la cavité utérine. M. Charrin, pensa que l'état de la première était si grave qu'on ne pouvait espérer aucun succès; quant à la seconde, les lésions rénales qu'elle présentait, lui semblaient contre-indiquer l'emploi du sérum anti-streptococcique.

Je fis donc le 11 janvier, le curage digital et l'écouvillonnage de la cavité utérine chez ces deux femmes; chez toutes deux la température s'abaisse rapidement; la première nommée Can..., sortit bientôt complètement guérie de l'hôpital; quant à la seconde après avoir été considérée comme complètement guérie de son infection, elle fut prise de symptômes d'urémie et succomba le 16 janvier.

Je priai mon collègue M. Charrin de vouloir bien faire personnellement l'autopsie. Il ne trouva aucune lésion du côté

des organes génitaux ; les liquides recueillis dans la cavité utérine ne cultivèrent point : tout était donc de ce côté revenu à l'état normal. Il existait des altérations organiques du cœur et une néphrite chronique ancienne qui avaient déterminé la mort.

Cette autopsie faite par M. Charrin, dont tout le monde connaît la haute autorité en pareille matière, montre combien avaient été efficaces le curage et l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Nous citerons enfin l'opinion des auteurs, car si dans les différentes discussions l'hystérectomie a trouvé des partisans, beaucoup d'accoucheurs et de chirurgiens l'ont repoussée. La thèse de Bonamy va nous fournir quelques renseignements à ce sujet.

A la 46^e réunion annuelle de l'Association médicale américaine, eut lieu une discussion sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale (*Journal of American medical Association*, 1895, t. XXV, p. 268). Tandis que Laphorn Smith, de Montréal, Ch. Noble, Peterson préconisent l'hystérectomie, Price, de Philadelphie, la considère comme un crime : « La femme est déjà septique, pourquoi créer une voie d'entrée de plus ? Si la guérison suit une pareille opération, c'est là chose de pur hasard. »

Da Costa, de Philadelphie, n'a jamais fait d'hystérectomie dans la fièvre puerpérale, et presque tous les cas de cette opération qui lui sont connus se sont terminés par la mort. Si un premier curettage ne suffit pas,

qu'on en fasse un second suivi d'un drainage à la gaze.

Dans *American gynecol. and obstetric. Journal*, mars 1896, Currier déclare qu'il est loin d'être partisan de l'hystérectomie. Pour lui, le conseil d'opérer avant que l'infection ne soit généralisée est très difficile à suivre, car qui peut reconnaître justement quand la limite de l'utérus commence à être dépassée.

En 1896, Pinard et Wallich, in *Traitement de l'infection puerpérale*, écrivaient :

« Dans les cas de septicémie avec rétention placentaire, à notre point de vue, tout n'a pas été tenté, si, avant de faire une laparotomie et une ablation d'utérus, on n'a pas cherché, à l'aide des merveilleux moyens dilatateurs que nous possédons aujourd'hui dans la série des ballons Champetier de Ribes, à produire une dilatation suffisante pour faire le curage avec les doigts, et non pas avec une curette, comme cela a été tenté avant les hystérectomies.

« L'hystérectomie, l'ablation d'un utérus profondément infecté, peut sembler rationnelle. Mais à quel moment opérer ? Si l'on opère avant que les accidents graves témoignant d'une infection généralisée, on s'expose à enlever beaucoup d'utérus inutilement, dans des infections qu'un curetage, ou même une simple injection intra-utérine aurait pu faire disparaître. Enlever l'utérus quand les accidents prouvent que l'infection est généralisée, sera-ce une intervention suffisante et en tout cas inoffensive ? »

La Société de Chirurgie de Paris a, cette année même discuté sur les indications de l'hystérectomie

dans l'infection puerpérale et sur les procédés à employer. Nous allons citer l'opinion de quelques chirurgiens pour qui les indications de l'intervention sont au moins douteuses.

M. Poirier dit, le 6 mars :

« Je n'ai aucune expérience personnelle de l'hystérectomie dans l'infection *post partum* ou *abortum*. J'ai vu guérir la plupart des cas de ce genre qui sont entrés dans mon service par des curettages aussi prudents que possible, avec des instruments mousses, suivis d'injections intra-utérines répétées. Sans doute j'ai eu affaire à des cas heureux. Mais ayant remarqué que, souvent, à la suite des curettages le plus prudemment conduits, on observe une élévation de température, je limite au strict minimum les manœuvres contre l'utérus ; par contre je drainè et très largement.

Je considère l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale, comme une opération des plus redoutables dans les cas d'infection puerpérale ; les statistiques de ceux de mes collègues qui l'ont pratiquée ne sont point de nature à me faire changer d'avis. »

M. Quénu dit : « Je ne suis pas hostile à l'hystérectomie, mais je demande à mes collègues d'en préciser les indications et de me dire à quoi ils jugent que la persistance des accidents est bien le siège intra-utérin ou utérin et tient à une insuffisance de désinfection utérine et non à ce que l'infection a déjà franchi les limites de l'utérus ».

M. Chaput partage la répugnance de M. Poirier pour l'hystérectomie. « Cette opération constitue un trau-

matisme grave et appliquée à des malades infectées et affaiblies, elle apporte plutôt une aggravation qu'une amélioration à l'état antérieur. »

Le 13 mars, M. Segond, chargé depuis dix ans de toutes les opérations chirurgicales de la clinique Baudelocque, dit : « Durant ces dix années de pratique active nous n'avons pas une seule fois rencontré l'indication de traiter une septicémie puerpérale par l'hystérectomie. Pour être négatif, ce document n'a pas moins de valeur. Il ne démontre pas, en vérité, que l'indication ne puisse jamais se rencontrer, mais il m'a tout au moins convaincu qu'elle devait être tout à fait exceptionnelle. »

De même, M. Ricard se déclare tout à fait opposé à l'hystérectomie. Nous ne reviendrons pas sur ses travaux que nous avons eu souvent l'occasion de citer déjà.

CONCLUSIONS

I. — Il n'existe pas de signe ou de complexe symptomatique qui permette d'affirmer qu'une malade atteinte d'infection puerpérale est « dans un état désespéré ».

II. — Dans la majorité des cas, l'utérus, foyer initial de l'infection, ne joue plus qu'un rôle secondaire lorsqu'il a été curetté et désinfecté soigneusement.

III. — *A priori* on pouvait penser que l'hystérectomie abdominale ou vaginale aurait une gravité considérable chez une femme infectée: la statistique montre qu'il en est ainsi puisque sur 16 cas récents rapportés à la Société de chirurgie, on compte 13 morts.

IV. — Les partisans de l'hystérectomie avancent que leurs cas de guérison portent sur des malades qui seraient inévitablement mortes sans l'opération; or, nous montrons dans ce travail que certaines malades paraissant *in extremis* et ayant tous les signes clas-

siques du pronostic le plus fatal, peuvent guérir sans hystérectomie abdominale ou vaginale.

V. — On peut même, en retournant l'argument, se demander, si parmi les malades qui ont succombé après l'hystérectomie, quelques-unes n'auraient pas guéri sans l'intervention; en d'autres termes, si dans quelques-uns de ces cas la mort n'est pas directement imputable à l'opération.

VI. — En somme, en dehors des indications fournies par des lésions annexielles ou périutérines, on doit être après l'accouchement, très sobre d'interventions radicales s'adressant à l'utérus.

VII. — Localement on devra user largement du curetage à l'instrument mousse et des lavages topiques intra-utérins aidés de la colpotomie postérieure s'il y a lieu, et on s'adressera surtout au traitement de l'infection générale, par les injections de sérum, de caféine, d'huile camphrée, par le sulfate de quinine, les lotions froides, l'enveloppement froid, etc...

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Wintrebert. — De l'ablation de l'utérus dans les Infections puerpérales. Thèse de Paris 1895.

Gheorghiu. — Traitement de l'Infection puerpérale. Thèse de Paris 1900.

Bréhier. — Traitement de l'Infection puerpérale par le froid. Thèse de Paris 1899.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1899.

Bulletin de la Société de chirurgie, 1901.

Bonamy. — De l'Hystérectomie dans l'Infection puerpérale aiguë. Thèse de Paris 1899.

Pinard et Wallich. — Traitement de l'Infection puerpérale. Paris 1896.

Traité de l'Art des accouchements. — Article : Infection puerpérale. Tarnier et Budin.

Tuffier et Bonamy. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. Août 1899.

Zipperlen. — Die Totalexstirpation des Septischen-Uterus. Thèse de Tubingen, 1899.

Statistiques de la Clinique Baudelocque de 1890 à 1900.

Paris. — L. Boyer, imprimeur de la Faculté de Médecine, 45, rue Racine.

